

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL.
EL PORVENIR. 2017

Tesis para obtener el Título Profesional de Obstetriz

AUTORA:

Br. NORMA LUZ GUZMÁN ALVAREZ

ASESOR:

Ms. EDWIN CARLOS RODRIGUEZ VADA

TRUJILLO, PERU
2018

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, quien con su infinita misericordia me ha permitido disfrutar y valorar el hermoso regalo que es la vida.

A mis hijos **Darwin Willian, Wilder Jesús y Diego Aaron**; esperando ser para ellos un modelo de perseverancia quienes me dan la fortaleza y el incentivo para ser cada día mejor.

A mi madre **Victoria Bernardita** que me dio la vida y su constante apoyo incondicional.

Gracias mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí; te amo mucho

A mi esposo **Wilder William** por su paciencia y comprensión. Te amo

AGRADECIMIENTO

A mi madre **Victoria Bernardita**, por estar conmigo en todo este tiempo en el he vivido momentos felices y tristes; gracias mamita por ser la mejor.

A mi asesor Obst. Ms. Edwin Carlos Rodríguez Vada, por su apoyo constante en la realización de este trabajo de investigación.

A todos los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Antenor Orrego, por contribuir en mi formación profesional.

INDICE

	Página
CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problema	11
1.2 Hipótesis	10
1.3 Objetivos	11
1.3.1 General	11
1.3.2 Específicos	11
II. MATERIALES Y MÉTODOS	12
2.1 Diseño de investigación	12
2.1.1 Tipo	12
2.1.2 Diseño	12
2.2 Población de estudio	12
2.2.1 Población	12
2.2.2 Muestra	12
2.2.3 Unidad de análisis	12
2.3 Criterios de inclusión	12
2.4 Criterios de exclusión	12
2.5 Operacionalización de las variables	13
2.6 Recolección de datos	15
2.6.1 Instrumento	15
2.6.2 Procedimiento	16

2.6.3 Aspectos éticos	16
2.7 Análisis de datos	17
III. RESULTADOS	18
IV. DISCUSION	23
V- CONCLUSIONES	26
VI. RECOMENDACIONES	27
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28
ANEXOS	33

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar los factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir. La investigación fue descriptivo correlacional en 39 gestantes adolescentes, las mismas que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó un cuestionario, validado por expertos, para recolectar la información. Las gestantes pertenecieron a la etapa de adolescencia tardía en 69,23% y a la adolescencia intermedia, en 30,77%. Los factores psicológicos identificados fueron 64,10% de las adolescentes mantenían una conducta sexual de mediano riesgo y 67,58% presentaba familia disfuncional; entre los factores sociales, el 51,28% de las adolescentes tuvieron secundaria completa, el 61,54% eran convivientes y 38,46% tenían una familia reconstituida; en tanto que, 30,77% a una familia extensa. Al evaluar la asociación entre los factores psicosociales y el embarazo en adolescentes, los factores psicológicos, tales como la conducta sexual y el funcionamiento familiar, y los factores sociales, como el grado de instrucción, estado civil y tipo de familia presentaron asociación significativa ($p < 0,05$)

Palabras claves: Embarazo; adolescente; factores psicosociales; funcionamiento familiar, conducta sexual.

ABSTRACT

The aim of this research was to identify the psychosocial factors associated to the pregnancy of adolescents in the Hospital Distrital Santa Isabel of the district El Porvenir, located at province of Trujillo, region La Libertad (Peru). The research was descriptive correlational in 39 adolescent pregnant women, who met the inclusion criteria. The pregnant women belonged to late adolescence in 69.23% and to intermediate adolescence in 30.77%. The identified psychological factors were 64.10% of the adolescents surveyed had a medium-risk sexual behavior and 67.58% had a dysfunctional family; among social factors, 51.28% of adolescents had complete secondary education; 61,54 were cohabitants and 38.46% had a reconstituted family, while 30.77% had a large family. In assessing the association between psychosocial factors and adolescent pregnancy, psychological factors, such as sexual behavior and family functioning, as well as social factors, educational level, marital status and family type, showed a significant relationship ($p < 0.5$).

Keywords: Pregnancy; adolescent; psychosocial factors; family functioning; sexual behavior.

INTRODUCCION

La adolescencia es una fase de desarrollo del ser humano, en la que aparecen en la dimensión biopsicosocial, que no suceden en forma simultánea; la capacidad reproductora es uno de los primeros eventos que se produce. En el adulto, se adecúa la concepción, independientemente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una sociedad determinada. Como consecuencia de esta concordancia en la maduración de los diferentes ámbitos biopsicosociales, una adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber logrado la suficiente madurez biológica, física, social y psicológica para ser adulta.¹

En las políticas de salud pública, existen aspectos que son poco atendidos, por ejemplo, las necesidades y demandas de los adolescentes y jóvenes; sobre todo el desconocimiento del derecho a un ejercicio libre, informado y responsable de su sexualidad.¹ Algunas instituciones de salud han decidido enfrentar esta situación, aunque se trata de acciones bajo el esquema del presupuesto por logros obtenidos, a cargo del Ministerio de Salud, por ejemplo el Programa Estratégico de Salud Materna Neonatal o de los servicios de salud para los adolescentes, cuyos resultados en la población aún no se demuestran. A esto se agregan las actuales condiciones de la educación y la salud de los adolescentes.²

A poco de acabar la niñez y apenas iniciada la adolescencia, algunas necesidades y demandas de los adolescentes han quedado fuera de las prioridades en las políticas públicas. No se trata de cualquier urgencia o pedido, sino de aquellas que tienen que advertirse con su progreso afectuoso y social, en edades en que se consolida la aglomeración de oportunidades o las exclusiones que ya marcaron sus primeros años. A las adolescentes les falta, además, educación sexual y de servicios de orientación y consejería (que incluya el despliegue de habilidades para postergar la edad de inicio de la actividad sexual, si así lo desean); una gestación no planificada puede afectar las posibilidades de extender una transición hacia la vida adulta en concordancia con los planes de vida que quisieran para sí mismas.²

Actualmente, ¿cómo conocer el embarazo en una adolescente?, el más interesa a la administración pública, el que no es planificado. Al igual que para la fertilidad general, se ha fundamentado una sucesión de determinantes que se expresan en el

contenido sociocultural, familiar e individual. De manera esquemática, estas relaciones dan valor a una serie de variables e intereses sociales que incrementan el riesgo para que una adolescente quede embarazada, en la mayoría de los casos sin proponérselo. En concordancia con estas relaciones dinámicas, los marcos teóricos señalan que se debe reconocer el resultado de algunos factores contextuales, más vinculados al hogar y a las dinámicas familiares, de género y comunitarias, incluyendo la cultura local.¹

En los estratos de mayor riqueza la gestación representa la décima parte en relación a la observada en las zonas más pobres. No obstante, las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí en la cual se registra una ligera tendencia al aumento, a diferencia de la predisposición a la disminución registrada en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en la selva (superior al 30% en el 2012 en Loreto).³

Según muestran las proyecciones de población derivadas del censo XI de Población y VI de Vivienda de 2007, el país es cada vez más urbano y la localidad rural se reduce en términos absolutos de 8,3 a 7,2 millones. En tanto que, en todo el país ha crecido el número de gestantes adolescentes, pues, en la medida de que las prevalencias se mantenían congruentemente estables, venía aumentando los ciudadanos de este conjunto de edad, que alcanzó su cumbre histórica en el 2011. Según esta tendencia la zona urbana, sobre todo la de menores ingresos, seguirá concentrando el mayor número de gestaciones en este grupo de edad.^{3,4}

A nivel de comportamientos individuales o de determinantes próximos, algunas ilustraciones de esta constante prevalencia provienen de la dinámica en la exhibición de la gestación; con lo que se evidencia una ampliación de la actividad sexual (en las últimas cuatro semanas) en las adolescentes de 15 a 19 años que ya se iniciaron sexualmente, hecho que ha aumentado sostenidamente en los últimos 20 años; lo mismo sucede en quienes registraron actividad sexual antes de los 15 años. A esta información, habría que agregar, como probable explicación, los cambios registrados a nivel mundial, en el descenso en la edad de la menarquía, aunque en el Perú, la información sobre este importante marcador continua siendo escasa.^{6,7} A su vez, se debe considerar las mejores condiciones nutricionales asociadas a los cambios hormonales, así como también a los psicológicos vinculados con la educación y el creciente acceso a los medios de información.⁸

Otro aspecto por considerar se relaciona con la violencia sexual contra las mujeres, incluido a menores de 15 años. En nuestro país, según la encuesta nacional de demografía en salud (ENDES 2012), el 6% de adolescentes han sido víctimas de algún tipo de violencia sexual por sus parejas. Las situaciones de violencia tendrán mayor relevancia en poblaciones en las que existe una elevada movilidad poblacional, asociados a ciclos expansivos de aprovechamiento de recursos naturales o comercio, como sucede en muchas áreas de la selva y ceja de selva.^{9,10}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como: «Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y 19 años, y que existe una diferencia en su etapa temprana (10-14 años) y tardía (15-19 años). Además, refiere que es el período de vida, en el cual, el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica.¹¹

Este periodo de la adolescencia se considera como un periodo de la vida, independiente de los problemas de salud, cuyo avance a la maduración sexual, los conlleva a la exploración de las relaciones coitales tempranas como inicio de su vida sexual activa, lo que, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, los expone a problemas relacionados con una inadecuada educación sexual.¹¹

El afianzamiento de una identidad positiva es muy importante en la formación de los adolescentes, quienes deben tener un sentido razonable de quiénes **son**, cuáles son sus valores y qué es lo que quieren en la vida. Entre otros desafíos que deben resolverse, se incluye práctica de su sexualidad y el peligro que conlleva para su salud reproductiva, por la posible aparición de embarazos no planificados e infecciones adquiridas por el contacto coital.¹²

Según la OMS,¹⁰ cada año, los embarazos no deseados causan 40 millones de abortos, en promedio; por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹³, reporta que en la actualidad, en promedio, más de la mitad de la población del mundo tiene edad inferior a 25 años, y que aproximadamente un tercio de ellos tiene entre 10 y 24 años, y de estos el 80% habita en países en vías de desarrollo.¹³

El adolescente interactúa inquebrantablemente con la familia y la comunidad. Por ello, las acciones de mantenimiento o recuperación de la salud integral del adolescente deben presentar una orientación participativa, con intervención de la familia y la comunidad, con realce en la prevención y, así, promover estilos de vida saludables.¹³

La educación es la clave en la definición y la evolución de los fenómenos de la salud reproductiva; es una herramienta importante para lograr el mantenimiento y la rehabilitación de la salud individual y de las comunidades, por cuanto ejerce su dominio sobre los conocimientos, los criterios, la certidumbre, las motivaciones y las actitudes de las personas. La educación en salud sexual y reproductiva es un proceso importante, mediante el cual se alcanzan y elaboran formal e informalmente conocimientos, actitudes y valores sobre la salud sexual y reproductiva en todas sus manifestaciones, que incluyen aspectos biológicos y los relacionados con la reproducción, la sensualidad, la identidad y las representaciones sociales.¹⁴

Los cambios sociales, culturales y ecológicos del ambiente, en los que se encuentran los adolescentes y la emergencia de graves problemas sociales, han predominado en su comportamiento biopsicosocial, y han tenido que modificarse, de ahí que las personas mayores no desean que los adolescentes estén fijos, cuando están desplazándose en el tiempo y habitando en un proceso de cambios y transformaciones propios, que ocurren dentro del medio que los rodea, que también es modificante y altamente destacado. La familia ha perdido su rol de protección y guía de los hijos, se ha desarticulado por la necesidad de sobrevivencia que obliga a los padres e hijos a temprana edad a trabajar. Esta escasa dedicación por el exceso de trabajo, el deficiente control, el delegar responsabilidades a otras instituciones, como las instituciones educativas, la poca comunicación influyen en el estilo de vida de los adolescentes. Las instituciones educativas en nuestra sociedad asumen más responsabilidades y mayor protagonismo en su educación y formación, pero no responden a las necesidades educativas de los adolescentes, no les ofrece instrumentos para afrontar los problemas de la vida, ni los prepara para el enfrentamiento de los desafíos con la sociedad.^{15, 16}

Uno de los actuales problemas de la adolescencia es el alto índice de gestación, por ello, existe el programa de Planificación Familiar, que está alineada a la disminución de los porcentajes de muerte materna, al prevenir que las gestantes

mueran durante el embarazo, parto o puerperio y brindarles los elementos necesarios para evitar los riesgos que se presenten, así como la información adecuada para postergar un embarazo hasta que se encuentre preparada física, emocional y económicamente.¹⁷ Este enfoque es apropiado para las adolescentes y jóvenes en edad fértil, quienes por no tener el adecuado conocimiento se embarazan a edades tempranas sin desearlo, poniendo en peligro su vida y la del producto, en lugar de esperar su llegada a la madurez biológica, psicológica y social que, por lo general, es a partir de los 20 años para evitar embarazos que puedan terminar en un aborto¹⁸

Las adolescentes embarazadas tienen las probabilidades de presentar parto pre término o la obtención de un recién nacido con peso inferior a la de su edad gestacional; la mortalidad neonatal de estos recién nacidos es alta, debido a que el organismo de la adolescente no está lo suficientemente maduro para albergar a un nuevo ser.¹⁹

Cuando una adolescentes inicia un embarazo, crea una situación muy grave, por cuanto, se plantean problemas ginecoobstétricos, como los abortos, el diagnóstico o descubrimiento tardío de la gestación que conlleva a controles prenatales deficientes o nulos, amenazas de parto pretérmino y aumento de la mortalidad perinatal, los que se añan a problemas sociales, tales como: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido; lo que a largo plazo, produce secuelas a ellas, su familia y la comunidad.²⁰

Es deseable que los embarazos ocurran en el momento oportuno, después de la decisión de la pareja, previo conocimiento y educación de la misma, que los padres tengan el conocimiento y la conciencia de que el engendrar un ser humano implica compromiso de la pareja ante el nuevo ser (hijo), la familia y la sociedad. Esta decisión de la pareja afecta a toda la familia, influye apropiadamente o no en la sociedad; debido a que la familia es la célula básica de la sociedad.^{21, 22}

Los principales desenlaces que afronta una adolescente embarazada son la deserción de los estudios al confirmarse la gestación o al momento de criar al hijo que impide las oportunidades de empleos y las posibilidades de su propia realización; la formalización forzada de la pareja por presión de los padres para evitar la vergüenza ante la sociedad, hecho que conlleva a que la relación de algunas parejas sea más

inestable y, posteriormente, a una ruptura de la familia; en algunos casos, la adolescente embarazada suele ser discriminada por su mismo entorno; así mismo las adolescentes, algunas veces, buscan una solución fácil y ponen en riesgo su vida.¹²

Existen estrategias para que los adolescentes manejen adecuadamente su sexualidad y su riesgo reproductivo. Una de estas estrategias es la ejecución de actividades preventivo - promocionales en las instituciones educativas, por parte del personal de obstetricia en los que aborden el tema de los factores de riesgo asociados a un embarazo no deseado. Una actividad relacionada con la prevención de embarazos en adolescentes se desarrolla en los talleres educativos, los que sean convertido en una de las alternativas de enseñanza-aprendizaje frente al método formal, ya que traen algo de la realidad a la sala de clases.²³

Existen investigaciones que tienen relación con el problema a estudiar, algunos de los cuales; se comentan a continuación.

Paz B, y cols, en España 2010, aplicaron una encuesta a 2962 adolescentes residentes en España, de los cuales, el 71% fue de origen autóctono y el 29%, latinoamericano; varones fueron el 49,9% y mujeres, el 50,1%. Analizaron las características principales de la conducta sexual en general y de riesgo para ITS/VIH, y compararon entre los adolescentes autóctonos y los latinoamericanos con el objetivo de determina la existencia de diferencias debidas a factores culturales. Concluyeron que los adolescentes latinoamericanos usaban menos el método de barrera (preservativo) que los autóctonos, tenían múltiples parejas sexuales y mayor consumo de drogas en las relaciones coitales, con lo que proyectaría un aumento en la conducta de riesgo para las infecciones de transmisión sexual y el virus de VIH. Propusieron la implementación de programas de prevención para los adolescentes de minorías étnicas residentes en España.²⁴

Villalobos-Hernández y cols⁵, en el 2015, en México; realizaron la investigación: Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México, con el objetivo de caracterizar a las adolescentes que han tenido algún embarazo y analizar la asociación de éste con el rezago educativo, a partir de una encuesta representativa. El estudio fue transversal con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2015, con datos sociodemográficos y

reproductivos de 1 790 mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo. Se ajustaron tres modelos estadísticos para observar la asociación entre variables. Se encontró que el rezago educativo estuvo presente en 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo. El embarazo previo estuvo asociado con cohabitar con la pareja (RM=8.4), rezago educativo (RM=2.4), nivel socioeconómico bajo (RM=2.0) y asistencia a la escuela (RM=0.5). El rezago educativo mostró una asociación con el antecedente de embarazo alguna vez en la vida (RM=2.4), no así con el primer embarazo al momento de la encuesta. Concluyeron en que se requerían políticas y estrategias operativas eficientes para favorecer la permanencia escolar y reducir el rezago educativo en adolescentes con y sin hijos.²⁵

Panduro y cols, en el 2012, en su estudio de casos y controles efectuado en el Hospital Civil de Guadalajara - México, para determinar las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes, en 550 puérperas adolescentes menores de 18 años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas (casos) y 550 puérperas de 20 a 30 años (controles); encontraron que el embarazo en las adolescentes, además de tener repercusiones materno perinatales, es un problema social, cultural y económico, debido a que afectan a las mujeres que aún son estudiantes, dependientes de sus padres, no tienen el apoyo de la pareja, no utilizan anticonceptivos (lo cual posibilita nuevas gestaciones y el aumento de las complicaciones).³³

Ruiz-Canela y cols; en el 2010, realizaron su investigación: Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El salvador, con el objetivo de determinar cómo influyen en el inicio de la actividad sexual de los adolescentes, los mensajes que reciben sobre temas de sexualidad, afectividad y ocio por intermedio de la familia, los amigos y los medios de comunicación Este estudio transversal incluyó 2615 discentes de 13 a 19 años de 30 instituciones educativas, recogiendo aspectos sociodemográficos, estilos de vida y fuentes de información sobre sexualidad y amor utilizados por los estudiantes. Se estableció que los mensajes de la familia y amigos pueden influir en el inicio de las relaciones coitales de los adolescentes y que debían incluirse en los programas de la salud sexual en El Salvador.²⁸

Mendoza A, y cols, en el 2009, realizaron un estudio de cohorte retrospectiva en 845 adolescentes y jóvenes que consultaron a una institución prestadora de servicios de salud en Tuluá, Colombia, con el propósito de evaluar el impacto de la fecundidad, planificación familiar y afección del cérvix en adolescentes, que iniciaron actividad coital. Los resultados confirmaron el inicio precoz de la actividad coital en adolescentes, la disminución en el uso de anticonceptivos y el riesgo de lesiones cervicales; y que los programas educativos conducentes al retraso del inicio de la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos efectivos y de barrera, permitirían reducir los resultados mencionados.²⁶

Leal y cols, en el 2012, investigaron en Chile los conocimientos y prácticas clínicas de los proveedores de salud para la prevención del embarazo adolescente; con un diseño cualitativo – descriptivo y un muestreo homogéneo, la recolección de la información se realizó a través de una entrevista semiestructurada reportada por audio, con la cual concluyeron que las adolescentes con edades inferiores a 15 años tuvieron mayor riesgo biológico, psicológico y social ante una gestación y que el inicio de las relaciones coitales se asocia a factores de vulnerabilidad; y que precisamente este grupo era el de mayor riesgo, con más conflictos de acceso a la atención, y de mayor vulnerabilidad.²⁴

Nolazco y Pintado,³ en el 2014, realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo. correlacional, de corte transversal con la finalidad de identificar la relación entre algunos antecedentes sociales y reproductivos de las adolescentes embarazadas en el Hospital La Caleta de Chimbote (Perú), con la participación de. 50 adolescentes. Encontraron que existía relación significativa entre el grado de instrucción, residencia, tenencia de pareja, tipo de familia, funcionamiento familiar, educación sexual, trabajo y autoestima con la edad de las adolescentes embarazadas.⁴³

Castro y Francia, en el 2013, realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores sociales y la influencia en la gestación de adolescentes de 15 a 19 años en el Centro Poblado Menor Señor de los Milagros de Cerro Azul, en el distrito de Cañete (Perú). De la información proveniente de una encuesta directa y anónima a 71 adolescentes embarazadas, se concluyó que existía relación entre los factores sociales y la gestación de adolescentes.⁴²

Chura y cols,⁴⁰ en el 2012, determinaron los factores sociales y culturales asociados al embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, en junio de 2012. Esta investigación fue de tipo correlacional descriptivo y de corte transversal, cuya población fue de 120 embarazadas adolescentes que se atendieron en los consultorios externos y adolescentes embarazadas hospitalizadas en el servicio Madre-Adolescente. Se utilizó un cuestionario como instrumento de recolección de la información, validado por expertos y administrado por las investigadoras. Establecieron que la relación entre los factores socioculturales y el embarazo reincidente no fue significativa ($p > 0.05$).⁴⁰

Mendoza y, Subiría, en el 2013, publicaron un artículo científico donde mencionaban los vínculos entre la gestación en adolescentes peruanas de 15 a 19 años con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. Proponían alternativas para su atención en los programas sociales y en la lucha contra la pobreza. Por ello, describieron y analizaron las tendencias en los últimos 20 años, enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Observaron que en ese periodo las prevalencias no se habían modificado, a pesar de una leve baja en el área rural. Estas tendencias fueron analizadas a la luz de sus determinantes próximos, incluyendo los cambios en la exposición al riesgo de embarazo no deseado. También describieron, el impacto que esta situación tenía sobre las adolescentes y sus hijos, así como el impacto laboral y económico.¹⁸

La realización de esta investigación es importante porque la adolescencia es una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta social de los adolescentes. El embarazo en cualquier edad es un hecho biopsicosocial, tanto en la adolescente como en otros grupos etáreos, que puede atentar contra la vida de la madre y de su producto; por ello, se considera un problema de salud, que debe de ser estudiado no sólo como patología presente, sino también como un asunto del futuro de ambos seres, por las complicaciones que pueden repercutir en ambos.

Si bien el embarazo adolescente ha sido estudiado desde una perspectiva biopsicosocial desde hace décadas, llama la atención la escasa literatura existente en torno al segmento etáreo de las menores de 15 años; ya que si bien, en términos generales, la adolescencia es una etapa compleja del desarrollo, donde se consolida la

mayoría gran parte de las características personales y donde existe una cierta vulnerabilidad para la aparición de trastornos psicológicos y problemas psicosociales. El período comprendido entre los 10 y los 14 años de edad, denominado adolescencia inicial, presenta características específicas de consolidación de las estructuras cognitivas y afectivas, que son claves para el desarrollo de una vida adulta normal. En este período, aún las estrategias de autodefinición son incipientes, como para que la niña o el niño conformen su propia identidad, lo que los vuelve más vulnerables a un desarrollo alterado.

Asociado al cambio físico emergente en esta etapa es el despertar sexual, que implica un creciente e intenso impulso e interés en esta área. A pesar de que este tránsito de acercamiento a la sexualidad es gradual y parece ser más lento en las mujeres que en los hombres, existen menores que adelantan este proceso, iniciándose sexualmente antes de los 15 años de edad, como se ha observado en esta investigación. En el área cognitiva, se inicia el avance desde un razonamiento concreto a un pensamiento lógico abstracto, que se caracteriza por ser hipotético deductivo, e integra mejor lo que se ha aprendido en el pasado con los problemas presentes y su planeación en el futuro; además, se previene posibles consecuencias antes que sucedan o en situaciones que no han ocurrido nunca, ya que no se limita a la experiencia.

1.1 Problema

De qué manera los factores psicosociales están asociados al embarazo en adolescentes, en el Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir 2017?

1.2 Hipótesis

Los factores psicosociales están asociados significativamente con el embarazo en adolescentes en el Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la manera cómo los factores psicosociales están asociados al embarazo en adolescentes del Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir en el año 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

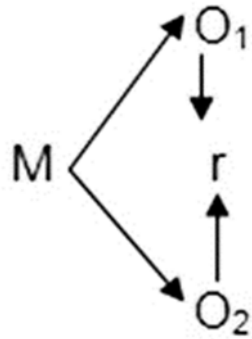
- Determinar el porcentaje de embarazos en adolescentes en las etapas temprana, intermedia y tardía del Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir en el 2017.
- Identificar los factores psicológicos: conducta sexual y funcionamiento familiar, en las gestantes adolescentes en el Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir en el 2017.
- Identificar los factores sociales: Grado de instrucción, estado civil y tipo de familia, en las gestantes adolescentes en el Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir en el 2017.
- Determinar la manera cómo están asociados los factores psicosociales con el embarazo en adolescentes del Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir en el año 2017.

II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño de investigación

2.1.1 Tipo de estudio: Analítico

2.1.2 Diseño de estudio: Descriptivo correlacional



Donde:

M : Muestra

O₁ : Variable: 1: Embarazo en adolescente

O₂ : Variable 2: Factores psicosociales

r : Relación entre las dos variables

2.2. Universo de estudio:

2.2.1 Población: 225 gestantes de las cuales 39 son adolescentes que equivale al 17,33% del total de embarazos en un periodo de un año.

2.2.2 Muestra: Por ser una población pequeña se trabajará con la totalidad de gestantes adolescentes.

2.2.3 Unidad de análisis: Gestantes adolescentes del Hospital Distrital Santa Isabel, del Distrito El Porvenir.

2.3 Criterios de inclusión:

- Gestantes adolescentes en su primer embarazo durante el 2017
- Gestantes que residen en el distrito El Porvenir.

2.4 Criterios de exclusión:

- Gestantes adolescentes con uno o más hijos
- Gestantes con alguna discapacidad mental.
- Gestantes con residencia en otros distritos.

2.5 Operacionalización de las variables

2.5.1 Variable O1: Embarazo en adolescente

Definición conceptual	Definición operacional	Valor	Escala de medición
Periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica. Sus límites se fijan entre los 10 y 19 años. ³¹	Adolescencia temprana	10 - 13 años	Ordinal
	Adolescencia intermedia	14 - 16 años	
	Adolescencia tardía	17 - 19 años	

2.5.2 Variable O2: Factores psicosociales

Definición conceptual	Definición operacional	Valor	Escala de medición
<p>Son las condiciones presentes en el ambiente de la persona y que están directamente relacionadas con su desarrollo.</p> <p>Se consideran:</p> <p>Factor psicológico: evidencias psicológicas que pueden alterar o no una situación personal o familiar</p>	Conducta sexual: Son los comportamientos amorosos o sexuales que realiza el ser humano ⁴⁴ .	Conductas sexual de bajo riesgo	Ordinal
		Conducta sexual de mediano riesgo	
		Conducta sexual de alto riesgo	
	Funcionamiento familiar: es la manera de interactuar de los miembros de la familia, como es su comunicación, su expresión de afecto, como se organizan para hacer frente a los problemas que amenacen la estabilidad del hogar.	Familia funcional	Nominal
		Familia disfuncional	

Definición Conceptual	Definición Operacional	Valor	Escala de Medición
<p>Son aquellas condiciones que se encuentran presentes en el ambiente del ser y que están directamente relacionadas con su desarrollo.</p> <p>• Factor social: evidencias sociales que pueden alterar o no una situación personal o familiar.</p>	<p>Grado de instrucción: nivel de estudio alcanzado por una determinada persona.</p>	Analfabeta	Ordinal
		Primaria incompleta	
		Primaria completa	
		Secundaria incompleta	
		Secundaria completa	
		Superior incompleta instituto	
		Superior completa instituto	
		Superior incompleta universidad	
		Superior completa universidad	
	<p>Estado civil: Condición de cada persona en relación con las obligaciones civiles</p>	Soltera	Nominal
		Casada	
		Conviviente	
	<p>Tipo de familia: es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja.</p>	Familia nuclear	Nominal
		Familia incompleta	
		Familia reconstituida	
		Familia extensa	

2.6 Procedimiento para la recolección de información, instrumento utilizado

2.6.1 Instrumento

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario que se aplicó a las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se consideró tres partes:

- **Parte 1:** Datos generales; edad, nivel de instrucción, estado civil y tipo de familia.
- **Parte 2:** Conducta sexual; con 10 ítems cada una, con tres probables respuestas, excepto la pregunta 2 que se clasificó de la siguiente manera:

- a) 17 – 19 años 2 puntos
- b) 14 – 16 años 1 punto
- c) 10 – 13 años 0 puntos

La conducta sexual, se determinó según el siguiente puntaje.

Conducta Sexual de Bajo riesgo 14 – 20 puntos

Conducta Sexual de Mediano Riesgo 07 – 13 puntos

Conducta Sexual de Alto riesgo 00 – 06 puntos

Esta parte del cuestionario fue elaborada por la autora y validada por expertos (Criterio de jueces), como se muestra en los anexos; quienes propusieron la clasificación indicada anteriormente, de acuerdo con los puntajes obtenidos.

- **Parte 3:** El funcionamiento familiar; en el cual, se determinó si la familia de las adolescentes era:

Familia funcional 13 – 24 puntos

Familia disfuncional 00 – 12 puntos

Las preguntas de esta sección fueron obtenidas de la escala de valoración de Dimensiones de Funcionamiento Familiar, establecida por Sánchez,⁴¹ que consta de 25 ítems, con 3 probables respuestas cada uno, con los siguientes valores:

- a) 2 puntos
- b) 1 punto
- c) 0 puntos

2.6.2 Procedimiento

- 1) Una vez aprobado el proyecto de investigación, se procedió a solicitar el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital Distrital Santa Isabel.
- 2) Concedido el permiso, se solicitó al Servicio de Obstetricia la relación de gestantes adolescentes con sus respectivas direcciones.
- 3) De la relación de gestantes adolescentes con sus respectivas direcciones, se seleccionó a las gestantes según los criterios de inclusión.
- 4) Se aplicó la encuesta en los domicilios de las gestantes.
- 5) Se analizó los resultados de la encuesta y estableció el significado e importancia de cada uno de ellos..

2.6.3 Aspectos éticos

- **Anonimato:** Carácter o condición de anónimo.
- **Participación de seres humanos:** el estudio involucra participación de seres humanos; por lo que se respetó sus derechos a la libre participación del estudio.
- **Proceso del consentimiento informado:** Se empleó un consentimiento informado escrito, para que las adolescentes perciban la importancia y seriedad del estudio.
- **Confidencialidad de la información obtenida:** Es la propiedad de la información, por la que se garantiza que su accesibilidad es únicamente para el personal autorizado; los cuestionarios fueron guardados por la investigadora.
- **Inocuidad:** la investigación no causó ningún tipo de daño en los participantes.

2.6.4 Análisis de datos

- Los datos recolectados se almacenaron en la base de datos de la aplicación informática para la gestión de los mismos (Excel); y se realizó un control de calidad de los datos.
- Los datos fueron posteriormente exportados a SPSS v. 21.0 para su análisis estadístico.

- Se realizó un análisis descriptivo, se calculó el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas y las medidas de centralización y dispersión según procediese
- La correlación de los resultados fue evaluada con la prueba de Chi cuadrado, al nivel de confianza del 95%.

III RESULTADOS

Tabla 01

Porcentaje de Adolescentes embarazadas según las etapas. Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir. 2017

	Número de adolescentes	Porcentaje (%)
Etapas de la adolescencia	Intermedia	12
	Tardía	27
Total	39	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla 01, se muestra la distribución de las embarazadas adolescentes en sus etapas intermedia y tardía. Se observa que el mayor número (27) perteneció a la adolescencia tardía..

Tabla 02**Factores psicológicos en embarazadas adolescentes del Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir. 2017**

		Número de Adolescentes	Porcentaje (%)
Conducta sexual	Bajo Riesgo	5	12,82
	Mediano Riesgo	25	64,10
	Alto Riesgo	9	23,08
Funcionamiento familiar	Funcional	13	32,42
	Disfuncional	26	67,58
Total		39	100,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La distribución de las adolescentes de acuerdo con los factores psicológicos: Conducta sexual y funcionamiento familiar se muestra en la tabla 02. La mayoría de ellas (24) se ubicaron en la conducta sexual de mediano riesgo, equivalente al 64.10%; y 26 de las adolescentes, en el funcionamiento familiar disfuncional, con 67.58%.

Tabla 03

**Factores sociales en embarazadas adolescentes del Hospital Distrital
Santa Isabel del distrito de El Porvenir. 2017**

		Número de adolescentes	Porcentaje (%)	
Factor social	Grado de instrucción	Secundaria Incompleta	8	20,51
		Secundaria Completa	20	51,28
		Superior Incompleta Instituto	11	28,21
	Tipo de camilia	Familia Nuclear	4	10,26
		Familia Incompleta	8	20,51
		Familia Reconstituida	15	38,46
		Familia Extensa	12	30,77
	Estado civil	Soltera	15	38,46
		Conviviente	24	61,54
	Total		39	100,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se consideró el grado de instrucción, tipo de familia y estado civil como factores sociales, cuya distribución se muestra en la tabla 03, en la que se observa que la mayoría (20) se ubicó en secundaria incompleta (51.28%); tipo de familia reconstituida (38.46%) y en estado civil conviviente (24), equivalente a 61.54% del total de 39 adolescentes.

Tabla 04 - A

Factores psicológicos asociados a las embarazadas adolescentes en el Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir. 2017

Factores psicológicos		Embarazo en la adolescencia				Total	p
		Adolescencia intermedia		Adolescencia tardía			
		Nro.	%	Nro.	%		
Conducta sexual	Bajo Riesgo	1	8,33	4	14,81	5	p<0,05
	Mediano Riesgo	9	75,00	16	59,26	25	
	Alto Riesgo	2	16,67	7	25,93	9	
Funcionamiento familiar	Funcional	4	33,33	9	33,33	13	p<0,05
	Disfuncional	8	66,67	18	66,67	26	
Total		12		27		39	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La distribución de los factores psicológicos, conducta sexual y funcionamiento familiar, asociados a embarazadas adolescentes se muestra en la tabla 04-A, en la que se destaca que la conducta sexual de mediano riesgo es la más representativa tanto en la adolescencia intermedia (09; 75%) como en la adolescencia tardía (16; 59.26%). En lo referente al funcionamiento familiar, la mayoría se ubicó en el funcionamiento disfuncional con 8 (66.67%) y 18 (66.67%) en la adolescencia intermedia y y tardía, respectivamente.

Tabla 04 - B

Factores sociales asociados a las embarazadas adolescentes en el Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir. 2017

Factores sociales		Embarazo en la adolescencia				Total	p
		Adolescencia intermedia		Adolescencia tardía			
		Nro.	%	Nro.	%		
Grado de instrucción	Secundaria incompleta	2	16,67	6	22,22	8	p<0,05
	Secundaria completa	7	58,33	13	48,15	20	
	Superior incompleta Instituto	3	25,00	8	29,63	11	
Estado civil	Soltera	1	8,33	14	51,85	15	p<0,05
	Conviviente	11	91,67	13	48,15	24	
Tipo de familia	Familia nuclear	2	16,67	2	7,42	4	p<0,05
	Familia incompleta	3	25,00	6	22,22	8	
	Familia reconstituida	6	50,00	9	33,33	15	
	Familia extensa	1	8,33	10	37,03	11	
Total		12		27		39	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla 04 – B, se muestra el número de embarazadas adolescentes en la etapa intermedia y la etapa tardía, correspondiente a los factores sociales: grado de instrucción, estado civil y tipo de familia. Siete (58.33%) y 20 (48.15%) manifestaron tener secundaria completa en la adolescencia intermedia y adolescencia tardía, respectivamente. Con respecto al estado civil, 11 (91.67%) y 24 (48.15%) manifestaron ser convivientes en la adolescencia intermedia y la adolescencia tardía, respectivamente. Finalmente, 6(50.00%) y 9 (33.33%) de las embarazadas adolescentes manifestaron pertenecer a una familia reconstituida, en la adolescencia intermedia y adolescencia tardía, respectivamente. Adicionalmente, en la tabla 04 – B, se precisa que la relación de los factores sociales y el embarazo en adolescentes fue significativa ($p < 0.05$).

V. DISCUSION

De acuerdo con los valores anotados en la tabla 01; el 69,23% pertenece a la etapa tardía de la adolescencia y el 30,77% a la adolescencia intermedia. Estos resultados son coherentes con lo reportado por Núñez-Urquiza y cols³⁴ en México, donde el promedio de la edad de las madres adolescentes es de 17 años. La adolescencia tardía está comprendida entre los 17 y 19 años de edad; y en ella, se producen modificaciones propias de la adolescencia. El sistema nervioso continúa madurando y su capacidad de análisis y reflexión aumenta notablemente.¹⁸

Adicionalmente, durante la etapa tardía, las adolescentes se exponen a mayores riesgos que los varones por presentar consecuencias nefastas para la salud, incluido la depresión; la discriminación y el abuso sexual. Las adolescentes pueden padecer trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia; vulnerabilidad que se deriva, en parte, de fuertes ansiedades sobre su imagen alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. La adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas; durante la cual, las adolescentes ingresan al mundo del trabajo o de la educación superior; establecen su propia identidad y comienzan a participar activamente en el mundo que las rodea.¹⁸

En la tabla 02, se muestra que los factores psicológicos fueron 64,10% de las adolescentes encuestadas que mantenían una conducta sexual de mediano riesgo, debido a que en esta etapa de la adolescencia la mayoría de adolescentes están muy predispuestas a presentar riesgos mayores por su inmadurez, lo que significa un grupo de riesgo, derivado de su proceso de desarrollo psicoemocional.¹⁸ El 67,58% pertenece a familia disfuncional, debido a que las familias de escasos recursos se interrelacionan con sus hijas en un menor tiempo, debido a la necesidad de conseguir recursos para subsistir. Quintero³⁸ refiere que para que una familia sea funcional debe existir una buena organización; por ello, cada uno de los integrantes de las familias organizadas se caracteriza por su dinamismo pero, ante la falta de un integrante, la familia se reorganiza para distribuir los roles y funciones del miembro faltante entre los que quedan, a fin de mantener una armonía familiar y favorecer el desarrollo de sus integrantes.

En la tabla 03, los factores sociales; en el grado de instrucción, el 51,28% de las adolescentes tenían secundaria completa; 28,21%, superior incompleta y 20,51%, secundaria incompleta. Estos resultados son sustentados por los reportados por Rivero M. y cols³⁶ quienes manifiestan que la mayoría de las adolescentes en edad tardía, al encontrarse en la etapa de preparación para sus estudios superiores es cuando presentan los mayores cambios biopsicosociales; de ahí que en el tipo de familia, el 38,46% de las adolescentes pertenece a familias reconstituida; el 30,77%, a familias extensas; el 20,51% a familias incompletas y el 10,26%, a familias nucleares. Una familia reconstituida es un tipo de familia que siempre ha existido, provenían antiguamente de la muerte de uno de los cónyuges y el emparejamiento del padre o de la madre con otra persona. En la actualidad, este modelo de familia se refiere a las parejas en las que, al menos, una de las personas proviene de un divorcio o de una ruptura de pareja y una de ellas o ambas tienen hijos e hijas de una relación anterior; cada día, son más habituales estas familias en nuestro entorno.³⁸ en el estado civil el 61,54% corresponde a conviviente lo que se contrasta con lo mencionado por Henríquez³⁷ quien manifiesta que en la etapa de adolescencia es cuando las mujeres son más vulnerables y que la mujer sueña con formar una familia.

En la tabla 04 – A, se muestra los factores psicológicos asociados al embarazo en adolescentes, los cuales son significativos ($p < 0,05$). Se sabe que los cambios psicológicos en la adolescencia, según la Organización Panamericana de la Salud, se producen por la maduración cognoscitiva, es decir, la capacidad para pensar de manera lógica, conceptual y, a futuro, el desarrollo psicosocial en la cual existe un mejor entendimiento de uno mismo en relación con otros.¹¹

Durante la adolescencia, el embarazo se produce en la mayoría de los casos por un acto involuntario, curiosidad o sensibilidad amorosa, que experimentan en su primera relación coital sin medir consecuencias; otro grupo de adolescentes embarazadas viven en unión libre, es decir, simplemente viven juntos en la casa de los padres, de quienes dependen económicamente; y otro grupo de adolescentes son de familias legalmente constituidas, y algunas veces, de matrimonios forzados o de compromiso.³⁹

El comportamiento sexual depende de los modelos culturales y sociales, especialmente durante la adolescencia en la cual, a veces, una sociedad dominante niega la sexualidad, al considerar al sexo como una actividad peligrosa en la conducta humana; y una virtud a una sexualidad pasiva admitiéndola solo con fines procreativos. Las expresiones de la sexualidad suelen ser fuentes de temor, angustia y culpa, que resaltan la castidad prematrimonial. Por otra parte, una sociedad confortable considera a la sexualidad como un aspecto de vital importancia para la felicidad, al considerar que el inicio de una sexualidad responsable favorece a la sana maduración del individuo.^{38, 39}

En la tabla 04 – B, se muestra los factores sociales asociados al embarazo en adolescentes, lo cuales son significativa ($p > 0,05$). Estos resultados son similares a los reportados por Chura Ruth y cols⁴⁰ (Lima 2012), quienes mencionan que el 51,7% de las gestantes adolescentes son solteras; así mismo revela, que el 67,5% de las adolescentes abandonan los estudios, 34,2% de las adolescentes embarazadas residen con sus padres y hermanos. Sobre la solvencia económica, el 50,8% recibe apoyo económico de su pareja y el 45% tiene instrucción secundaria completa.

La familia no solo debe cumplir con su función de procreación, sino también con la responsabilidad de enseñar y cuidar los hijos hasta que alcancen su madurez y sean capaces de desenvolverse en la sociedad. Este logro depende de los futuros padres, de su desarrollo biopsicosocial y espíritu alcanzado, así como de su capacidad para desarrollarse día a día como padres. La familia es el anillo más importante de la cadena humana, la cual presenta una función decisiva en la educación de los hijos, incluyendo la salud sexual y reproductiva, de modo que la desintegración de los padres e hijos ocasiona trastornos.³⁹

CONCLUSIONES

Los factores psicológicos de las embarazadas adolescentes del Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir son la conducta sexual de mediano riesgo (64,10%) y el funcionamiento familiar disfuncional (67,58%).

Los factores sociales de las gestantes adolescentes del Hospital Distrital Santa Isabel del distrito El Porvenir son secundaria completa (51,28%), familia reconstituida y extensa (38,46% y 30,77%, respectivamente) y estado civil conviviente (61,54%).

Los factores psicosociales se asocian con el embarazo en adolescentes de manera significativa ($p < 0,05$)

RECOMENDACIONES

Implementar nuevas estrategias de capacitación, por parte de la Universidad Privada Antenor Orrego, dirigidas a docentes de nivel secundario y escuela de padres, a través de sesiones de aprendizaje sobre temas de salud sexual reproductiva con la participación activa de docentes y padres de familia.

Analizar otros factores como: nivel socioeconómico, procedencia, creencias acerca de la sexualidad, para determinar el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes de las y los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia del Pleno Jurisdiccional del Tribunal Constitucional 00008/2012 PI/TC. 12 de diciembre del 2012.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El bono demográfico en las regiones del Perú. Lima: UNFPA; 2012.
3. Boyd C. La transformación de las mujeres rurales jóvenes en Perú. Análisis comparativo a partir de los censos nacionales (1961-2007). Documento de Trabajo N.º 10. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Nuevas Trenzas; 2013.
4. Escobar J, Saavedra J, Vakis R. ¿Está el piso parejo para los niños en el Perú? Medición y comprensión de la evolución de las oportunidades. Lima: Banco Mundial, GRADE; 2012.
5. Binstock G, Näslund-Hadley E. Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa. *Debates en Sociología*. 2010;(35):45-67.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Perú: Salud sexual y reproductiva de los varones. Informe General. ENDES Varones, 2008. Lima: INEI, UNFPA; 2012.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Estimaciones y proyecciones de la población total, por años calendario y edades simples, 1950-2050. Lima: INEI, UNFPA; 2013.
8. Bayer AM, Tsui AO, Hindin MJ. Constrained choices: adolescents speak on sexuality in Peru. *Cult Health Sex*. 2012;12(7):771–82.
9. National Research Council. Institute of Medicine. Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC: The National Academies Press; 2014.
10. Gonzales GF, Villena A. Body mass index and age at menarche in peruvian children living at high altitude and at sea level. *Hum Biol*. 2012;68(2):265-75.
11. Organización Mundial de la Salud . Los problemas de la salud en la aAdolescencia. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-03/problemas-de-salud-en-la-adolescencia/>.
[citado 2017 Feb 12]

12. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/ [citado 2017 Feb 12]
13. Guillén de Maldonado R. La adolescencia en el mundo actual. Rev. bol. ped. [Internet]. 2005 Jun [citado 2017 Feb 22]; 44(2): 73-74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000200001&lng=es
14. Understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 2042-8. (Chelala C. Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. Lancet 2000; 355: 128.) [citado 2017 Feb 10]
15. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. 20 mil adolescentes dan a luz cada día. <http://www.docsalud.com/articulo/5154/seg%C3%BAn-la-onu-m%C3%A1s-de-20-mil-adolescentes-dan-a-luz-cada-d%C3%ADa> [citado 2017 Feb 10]
16. Molina M, Peña I, Quiroz M. Embarazo precoz. Revista Trabajo Social 1992; 59: 21-8.
17. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de las y los adolescentes en el Perú. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ANALISIS%20de%20SITUACION%20Salud%20de%20los%20y%20las%20Adolescentes%20y%20la%20Respuesta%20del%20MINSA.pdf> [citado 2017 Feb 16]
18. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Revista Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3):471-9.
19. Alvarado L y cols. Mujer y educación. Adolescentes embrizadas. México. Congreso Iberoamericano de Educación Buenos Aires – Argentina. Disponible en: http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/MUJERYEDUCACION/RLE2331_Infante-Alvarado.pdf [citado 2017 Feb 22]
20. Armendáriz A, Medel B. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. Universidad Autónoma de Chihuahua – México. Disponible en: http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf [citado 2017 Feb 20]

21. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2015 Supplement, Syphilis Surveillance Report. Diciembre de 2016, Disponible en:
<http://www.cdc.gov/std/syphilis2005/syphsurvsupp2005short.pdf>.
22. American Social Health Association (Asociación Estadounidense de Salud Social. Revisado: 25 de Noviembre del 2012. Disponible en: <http://www.iwannaknow.org/> .
23. Cunningham FG. Sexually Transmitted diseases, en Williams Obstetrics, 22.^a edición. New York, McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2015, págs. 1301-25.
24. Sexo y Salud. La historia de la anticoncepción. (manual en Línea) 2012/agosto/04 (Fecha de acceso 09/junio/16). Disponible en:
http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DEPP_Evaluaciones_Focalizadas/Mod_4_ss.pdf.
25. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Estrategia de la UNESCO para el VIH/Sida. Consultado: 3 de Diciembre del 2016. Disponible en :<http://www.unesco.org.uy/>
26. Sexo y Salud. La historia de la anticoncepción. (Manual en línea) 2005/agosto/04 (Fecha de acceso 09/junio/16). Disponible en:
http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/DEPP_Evaluaciones_Focalizadas/Mod_4_ss.pdf.
27. Sentencia del Pleno Jurisdiccional del Tribunal Constitucional 00008/2012 PI/TC. 12 de diciembre del 2012. [citado 2017 Feb 02]
28. UNFPA El bono demográfico en las regiones del Perú. Lima; 2012. [citado 2017 Feb 18]
29. Marhler H. Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar 1995 pág 42. [citado 2017 Feb 18]
30. Alison MF, Brocker JE, Ward RH. Association off young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 1995; 27:1113-117 [citado 2017 Feb 12]
31. Jank YE, Galleais A, Landre M. Generalidades sobre el embarazo y el parto en las adolescentes. Enciclopedia médico quirúrgica. Elsevier 1996. Cap. 3; 7 [citado 2017 Feb 14]

32. Rodríguez Rigual M. Mesa redonda: Adolescencia. Necesidad de creación de unidades de adolescencia. *An Pediatr.* 2003; 58:104-6 [citado 2017 Feb 19]
33. Panduro Guadalupe, PD, Quezada N. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales (México 2012); Organización Mundial de la Salud; 2013;25(5):351-8
34. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González Dolores, WD. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud pública México* [revista en la Internet]. 2003 [citado 2018 Jun 13]; 45(Suppl 1): s92s-102. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700012&lng=es.
35. Obregón R. Tipos y características de la familia de las adolescentes embarazadas en el Instituto Materno Perinatal noviembre 2013 – Julio 2014. Tesis. Universidad Nacional Mayor de Sana Marcos. 2015.
36. Rivero M y cols. Adolescencia y embarazo; Es un Factor de Riesgo. *Revista Médica del Noreste.* 3era edición Corrientes – Argentina. 2013.
37. Henríquez E. Adolescencia: Equivocaciones o Esperanzas. Organización Mundial de la Salud N° 561. 2015.
38. Quintero A. Trabajo social y procesos familiares. Editorial Lumen/Humanitas. Argentina. 2013. Pag. 25.
39. Mejía D; y cols. *Salud familiar.* 4ta. Edición, Editorial ASCOFAME, Bogotá – Colombia, 2013, Pag. 52 – 55.
40. Chura, R; y cols. (Lima) Factores socio-culturales que se relacionan con el embarazo reincidente en las adolescentes que acuden al hospital docente madre-niño san Bartolomé, Lima-Perú, junio de 2012. Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería. Lima 2012.
41. Sánchez M. Efecto de un programa educativo en las dimensiones de funcionamiento familiar de las familias del distrito de Moche – Perú. 1996. [Tesis Maestría] [Trujillo – Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 1996. 52-54

- 42.** Castro F, Francia O. Factores sociales que influyen en el embarazo de adolescentes de 15 a 19 años en el centro poblado menor Señor de los Milagros de Cerro Azul - Cañete- 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Obstetriz. Universidad Nacional del Callao. 2013.
- 43.** Nolzco E, Pintado I. Algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote. Tesis para optar el Título Profesional de Obstetriz. Universidad Nacional del Santa. 2014
- 44.** Boeree G. Sexualidad I: La conducta sexual. Universidad de Shippensburg. Estados Unidos de Norteamérica. 2015.

ANEXOS

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL. EL PORVENIR. 2017

ENCUESTA

INSTRUCCIONES: Estimada adolescente, la presente encuesta tiene como propósito determinar algunos aspectos básicos que estén influenciando en la problemática de embarazos en su grupo étnico. Es anónima, se le solicita sinceridad en su respuesta.

I. DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años tienes?

2. Nivel de instrucción

- a) Analfabeta ()
- b) Primaria incompleta ()
- c) Primaria completa ()
- d) Secundaria incompleta ()
- e) Secundaria completa ()
- f) Superior incompleta instituto ()
- g) Superior completa instituto ()
- h) Superior incompleta universidad ()
- i) Superior completa universidad ()

3. Estado civil

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Conviviente ()

4. Tipo de familia

- a) Vive con papá, mamá y hermanos. ()
- b) Vive solo con papá o mamá y hermanos ()
- c) Vive con papá, mamá, hermanos, abuelos y/u otros familiares ()
- d) Vive con papá o mamá, con nuevo compromiso ()

II. CONDUCTA SEXUAL:

1. ¿Cómo es la comunicación con tus padres en temas de salud?
 - a) Buena ()
 - b) Regular ()
 - c) Deficiente ()
2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación coital?
 - a) 17 – 19 años ()
 - b) 14 – 16 años ()
 - c) 10 – 13 años ()
3. ¿Consideras que tus conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos influyen en tu comportamiento sexual?
 - a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
4. En tu primera relación coital y en las sucesivas hasta antes de quedar embarazada, ¿usted o su pareja utilizó algún método anticonceptivo?
 - a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
5. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?
 - a) 1 ()
 - b) 2 ()
 - c) 3 a más ()
6. Tu actual embarazo fue:
 - a) Planificado ()
 - b) Estuve en duda ()
 - c) No planificado ()
7. La información que usted recibió sobre temas sexuales, ¿considera que determinó su comportamiento sexual?
 - a) Bastante ()
 - b) Poco ()
 - c) Nada ()

8. ¿Dónde recibió más información sobre temas sexuales?

- a) Establecimiento de salud ()
- b) Padre, madre o profesor ()
- c) Medios de comunicación ()

9. Ser madre significa para usted:

- a) Brindar amor, cariño, alimentación, educación a los hijos que puede criar ()
- b) Dejar que los hijos sean criados por los abuelos. ()
- c) Es un evento sin importancia. ()

10. En su práctica coital, ¿el rol exclusivo solo de la mujer?

- a) Desacuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Totalmente de acuerdo ()

III. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

1. ¿Le dan a conocer los acuerdos familiares a usted en forma clara y verbal?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

2. ¿Mantienen unión y cercanía entre ustedes, aunque cada uno tenga una manera diferente de pensar y opinar?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

3. ¿Son tus padres los que tienen la última palabra en las decisiones familiares?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

4. Frente a problemas familiares, ¿se reúne usted para buscar la solución más favorable?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

5. Para realizar una actividad familiar, ¿se cuenta con el consentimiento todos los miembros de la familia?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

6. ¿Se da a conocer el nivel de autoridad que le corresponde a tus padres, a usted y al resto de su familia?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
7. Al conversar usted, ¿se dirige directamente a la persona con quien desea hacerlo?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
8. ¿Necesita usted de un intermediario para conversar con otro miembro de la familia?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
9. Cuando usted conversa, ¿expresa libre y voluntariamente sus ideas, sentimientos y necesidades
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
10. ¿Te demuestran cariño brindándote abrazos, besos, palabras cariñosas?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
11. ¿Te toleran tal como eres, incluso cuando cometes errores?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
12. En tu familia, ¿existe la consideración y el respeto mutuos, a pesar de sus diferencias?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()